

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

233

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-PAUL HUBER

Interne des Hôpitaux de Paris  
né à Paris le 20 août 1911.

Présentée et soutenue publiquement le 29 JUIN 1943 194

UN CAS DE DYSPNÉE LARYNGÉE  
PAR KYSTE CONGÉNITAL  
INTRACHONDRO-THYROÏDIEN

Président : F. LEMAITRE, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques  
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27  
PARIS, 1943



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Nom du Candidat :* HUBER.

*Prénom :* Jean-Paul.

*Nom de jeune fille :*

*Date de la soutenance :* .....

*Numéro d'ordre :* .....

1

**HUBER (Jean-Paul).** — Un cas de dyspnée laryngée par kyste congénital intrachondrothyroïdien. — *Paris*. Librairie Maloine, édit., 1943, in-8°, 72 p.  
(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, No.....)

2

**HUBER (Jean-Paul).** — Un cas de dyspnée laryngée par kyste congénital intrachondrothyroïdien. — *Paris*. Librairie Maloine, édit., 1943, in-8°, 72 p.  
(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, No.....)

3

**HUBER (Jean-Paul).** — Un cas de dyspnée laryngée par kyste congénital intrachondrothyroïdien. — *Paris*. Librairie Maloine, édit., 1943, in-8°, 72 p.  
(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, No.....)

4

**HUBER (Jean-Paul).** — Un cas de dyspnée laryngée par kyste congénital intrachondrothyroïdien. — *Paris*. Librairie Maloine, édit. 1943, in-8°, 72 p.  
(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, No.....)





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-PAUL HUBER

Interne des Hôpitaux de Paris  
né à Paris le 30 août 1911.

*Présentée et soutenue publiquement le ..... 194*

UN CAS DE DYSPNÉE LARYNGÉE

PAR KYSTE CONGÉNITAL

INTRACHONDRO-THYROÏDIEN

*Président : F. LEMAITRE, Professeur*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques  
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27  
PARIS, 1943

# LE DOYEN... BAUDOUIN

## I. — PROFESSEURS

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale.....  
 Chimie médicale .....  
 Bactériologie.....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie et thérapeutique générales .....  
 Pathologie médicale.....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique.....  
 Histologie.....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique.....  
 Hygiène et médecine préventive .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....  
 Pathologie expérimentale et comparée .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
 Clinique des maladies des enfants .....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux .....  
 Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique urologique.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique .....  
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
 Clinique thérapeutique médicale.....  
 Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
 Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
 Clinique propédeutique .....  
 Clinique de la tuberculose .....  
 Clinique chirurgicale orthopédique.....  
 Clinique de cardiologie .....  
 Clinique de neuro-chirurgie .....  
 Assistance médico-sociale .....

Professeurs sans chaire.....

MM.

ROUVIÈRE.  
 Léon BINET.  
 STROHL.  
 POLONOVSKI.  
 GASTINEL.  
 BRUMPT.  
 BAUDOUIN.  
 CHABROL.  
 PETIT-DUTAILLIS.  
 LEROUX.  
 CHAMPY.  
 TIFFENEAU.  
 AUBERTIN.  
 TANON.  
 DUVOIR.  
 LIAN.  
 Henri BENARD.  
 CHIRAY.  
 ABRAMI.  
 FIESSINGER.  
 HARVIER.  
 PASTEUR-VALLERY-  
 RADOT.  
 CATHALA.  
 Robert DEBRÉ.  
 LÉVY-VALENSI.  
 GOUGEROT.  
 GUILLAIN.  
 LEMIERRE.  
 CADENAT.  
 MONDOR.  
 QUÉNU.  
 BROCCQ.  
 VELTER.  
 CHEVASSU.  
 COUVELAIRE.  
 LÉVY-SOLAL.  
 PORTES.  
 MOCQUOT.  
 LEVEUF.  
 LOEPER.  
 LEMAITRE.  
 SÉNÈQUE.  
 M. VILLARET.  
 TROISIÈRE.  
 MATHIEU.  
 DONZELOT.  
 Clovis VINCENT.  
 N...  
 DOGNON.  
 HAZARD.  
 JAYLE.  
 OLIVIER.  
 VERNE.



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                                           | MM.                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| AMELINE..... Pathologie chirurgicale.         | DE GENNES .. Pathologie médicale.      |
| BARIÉTY..... Pathologie médicale.             | GIROUD..... Histologie.                |
| BERNARD (Étienne.) Pathologie médicale        | HAGUENAU .. Pathologie médicale.       |
| BESANÇON (Justin.) Hydrologie.                | JOANNON .... Hygiène.                  |
| BONNET ..... Bactériologie.                   | LACOMME .... Obstétrique.              |
| BOULIN ..... Pathologie médicale.             | LANTUÉJOUL. Obstétrique.               |
| BROUET ..... Pathologie médicale.             | LAVIER ..... Parasitologie.            |
| BULLIARD.... Histologie.                      | LELONG ..... Pathologie médicale.      |
| CACHERA..... Pathologie médicale.             | LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale |
| CACHERA..... Pathologie médicale.             | LENÈGRE .... Pathologie médicale.      |
| CORDIER .... Anatomie.                        | Mlle J. LÉVY.. Pharmacologie.          |
| COSTE ..... Pathologie médicale.              | MARCHAL .... Pathologie médicale.      |
| COUVELAIRE (Roger). Urologie.                 | MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.   |
| DELARUE .... Anatomie pathologique.           | MOLLARET ... Pathologie médicale.      |
| DELAY ..... Pathologie médicale.              | MOUQUIN .... Pathologie médicale.      |
| DEGREZ (H.) .. Physique.                      | PATEL..... Pathologie chirurgicale.    |
| DESOILLE .... Médecine légale.                | RENARD ..... Ophtalmologie.            |
| DIGONNET ... Obstétrique.                     | RICHET ..... Physiologie.              |
| DOGNON..... Physique.                         | SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  |
| FÈVRE ..... Pathologie chirurgicale.          | SOULIÉ..... Pathologie médicale.       |
| FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.      | SUREAU ..... Obstétrique.              |
| GALLIARD.... Parasitologie.                   | TURPIN ..... Pathologie médicale.      |
| GARCIN ..... Pathologie médicale.             | WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.  |
| Mlle GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique. |                                        |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM.                                   | MM.                           |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale. | LE LORIER... Obstétrique.     |
| CHAILLEY-BERT. Physiologie.           | NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie. |
| GUÉNIOT ..... Obstétrique.            | PIÉDELIÈVRE. Médecine légale. |
| HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale. | VAUDESCAL .. Obstétrique.     |
| HUGUENIN .. Anatomie pathologique.    |                               |

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

|                 |   |                    |              |   |                        |
|-----------------|---|--------------------|--------------|---|------------------------|
| MM.             |   |                    | MM.          |   |                        |
| ALAJOUANINE ..  | } | Clinique médicale. | BASSET ..... | } | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ .....     |   |                    | GATELLIER .. |   |                        |
| CHABROL.....    |   |                    | de GAUDART   |   |                        |
| CHEVALLIER .... |   |                    | d'ALLAINES.  |   |                        |
| LAROCHE Guy ... |   |                    | MOULONGUET   |   |                        |
| MOREAU .....    |   |                    |              |   |                        |
| SÉZARY .....    |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |
|                 |   |                    |              |   |                        |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé..... | Éducation physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME.....              | Stomatologie.        |
| N.....                     | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

*A MON PÈRE :*

Le Docteur Julien HUBER,  
*Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.*

*A MA MÈRE*

*A MA FEMME ET A MES ENFANTS*

*A MES FRÈRES*

*MEIS ET AMICIS*

A MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Georges HUBER,  
*Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Amiens*  
*In memoriam.*

A MES ONCLES :

Le Docteur Louis HUBER, *médecin principal de la*  
*Marine,*  
Le Docteur René TOUPET, *chirurgien de l'Hospice*  
*de Bicêtre, membre de l'Académie de Chirurgie,*  
Le Docteur Étienne CHEURLOT,  
Le Docteur Jean TOUPET.

A MES COUSINS :

Le Docteur Marcel GALTIER, *ancien interne des Hô-*  
*pitaux, ancien aide d'anatomie à la Faculté.*  
Le Docteur Marcel PETITCLERC,  
Le Docteur André TOUPET, *interne des Hôpitaux.*

*A M. LE PROFESSEUR LEMAITRE*

*Professeur de Clinique O.-R.-L.*

*à la Faculté de Médecine de Paris.*

*Laryngologiste de l'Hôpital provisoire Piccini,*

*qui a bien voulu nous faire  
l'honneur de présider cette  
thèse.*

*A MON MAITRE :*

M. le Docteur H. P. CHATELLIER,  
*Laryngologiste de l'Hôpital Tenon.*

qui fut mon premier maître  
dans la spécialité et qui a  
bien voulu me guider dans ce  
travail, en témoignage de pro-  
fonde reconnaissance et de  
respectueux attachement.

A MES MAITRES :

M. le Docteur A. HAUTANT,  
*Laryngologiste honoraire des Hôpitaux de Paris,*  
*Membre de l'Académie de Médecine.*

M. le Docteur M. BOUCHET,  
*Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis*

M. le Docteur J. RAMADIER,  
*Laryngologiste de l'Hôpital Cochin.*

A MESSIEURS :

Le Docteur M. AUBRY,  
Le Docteur M. OMBRÉDANNE,  
Le Docteur R. BOURGEOIS,  
Le Docteur HUET,  
Le Docteur BOURDIAL,  
*laryngologistes des Hôpitaux.*

Le Docteur RÉMY-NÉRIS, *ancien interne des*  
*Hôpitaux;*

A la mémoire de M. Le Professeur André  
HOVELACQUE.

*A MON MAITRE ET AMI*

M. le Docteur J. A. LIÈVRE  
*Ancien interne des Hôpitaux.*

*A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :*

*Stage :*

M. le Professeur GOSSET,  
M. le Professeur BEZANÇON,  
M. le Professeur agrégé BRULÉ,  
M. le Docteur ROBINEAU,  
M. le Professeur HARVIER.

*Externat :*

M. le Professeur MOCQUOT,  
M. le Professeur TROISIER,  
M. le Professeur agrégé ALAJOUANINE,  
M. le Professeur agrégé DE GENNES,  
M. le Professeur FIESSINGER.

*Externat en premier :*

M. le Docteur FLANDIN,  
M. le Docteur MOURE.

*A MES MAITRES :*

M. le Professeur agrégé BARIÉTY,  
M. le Professeur agrégé PATEL.

*A MES CONFÉRENCIERS :*

MM. les Docteurs Jean GOSSET, RUDLER, POILLEUX,  
LANCE, SOULIER, Jean BERNARD et SIGUIER.

*A MES AMIS :*

MM. les Docteurs H. ROULLAND, Ch. BOSVIEUX,  
H. DUGRENOT, J. J. SÉNÉCHAL, CAUCHOIX, SALET,  
VIGUIÉ, COMPAGNON, MINKOWSKI, TÉTREAU, SOULIÉ,  
JOUSSEMET, DECHARNEUX, DEBAIN, GALLAND, AN-  
DRÉ, LABAYLE, LE SOURD, LIBARELLI, DUCROS, BOU-  
LEY, BOUDIN, MATHEY, HAGUET.

*A MES COUSINS ,*

Maurice et Michel DELBENDE.

A mon ami le lieutenant Guy RUPIED.

A mes camarades de la campagne de Norvège et de la bataille de la Somme, morts pour la France.

A mes camarades des 13<sup>e</sup> et 67<sup>e</sup> Bataillons de Chasseurs alpins.

A mes compagnons de captivité.

## INTRODUCTION

Nous tenons à remercier tout d'abord M. le Docteur MARQUÉZY, médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu nous autoriser à faire de ce cas qui lui est personnel le sujet de notre thèse; M. le Professeur agrégé DELARUE à qui nous devons une étude histologique claire et précise; enfin M. le Docteur J. LEMOINE à qui nous devons plusieurs de nos illustrations.

De larges emprunts ont été faits à l'*Embryologie Humaine* de Dubreuil (1941) et à une étude très documentée de Mme Bellocq et R. Pernot (*Revue Française de Pédiatrie*, 1933).

Nous rapportons dans ce travail l'observation d'un kyste laryngé congénital dont le caractère particulier est de siéger de façon rigoureuse à l'intérieur du dièdre chondro-thyroïdien. L'étude de ce cas nous a amené à envisager successivement :

— l'ensemble des kystes du larynx afin de situer plus nettement notre cas par rapport à ceux-ci;

— un certain nombre de cas de kystes laryngés congénitaux moins nettement limités à l'espace intrachondro-thyroïdien;

— l'observation nouvelle de dyspnée laryngée mortelle par kyste congénital que nous rapportons.

Il nous a alors semblé intéressant de chercher à tirer de ces observations :

- des déductions cliniques et diagnostiques;
- une discussion de l'intérêt de la laryngoscopie dans les dyspnées d'origine non évidente du nouveau-né;
- des considérations thérapeutiques sur la trachéotomie ou la possibilité d'une intervention directe;
- enfin une discussion de l'origine des kystes laryngés congénitaux qui nous a conduit à exposer rapidement quelques notions d'embryologie laryngée.

## I. — KYSTES DU LARYNX

Depuis que DURHAM, en 1863, décrivit pour la première fois un kyste du larynx, nombreuses furent les observations rapportées. Dès 1881, MOURE, CERVESATO leur consacraient des études importantes.

Depuis, les cas se sont multipliés au point que leur fréquence, dans le cadre des tumeurs bénignes du larynx, est actuellement discutée. Elle est évaluée de 4 à 7 p. 100 suivant les auteurs.

La majorité des kystes décrits siègent sur les cordes vocales, parfois au-dessous d'elles, mais on en a également observé avec une certaine fréquence sur les différentes portions de l'orifice supérieur du larynx : replis aryténo-épiglottiques et les deux faces de l'épiglotte.

Les kystes siégeant dans la portion haute du larynx sont généralement assez volumineux.

Ils peuvent également siéger sur les ventricules, les bandes ventriculaires ou même sur les cartilages aryténoïdes.

Leur origine semble très variable, dysembryoplasiques ou de rétention glandulaire.

Il est des cas, en effet, où l'examen histologique permet d'affirmer l'origine glandulaire : ce sont les

cas où des acini plus ou moins individualisés, plus ou moins modifiés, sont retrouvés dans la paroi du kyste, ou bien les cas où celle-ci présente un épithélium cylindrique de canal excréteur.

Dans les autres cas on a été amené à envisager l'origine dysembryoplasique de ces kystes en présence de caractères histologiques plus ou moins anormaux étant donné la situation de ces kystes. Ceux-ci, en effet, comportent souvent des éléments lymphoïdes, des cellules épithéliales ciliées ou pavimenteuses stratifiées, parfois même des éléments musculaires.

Les discussions élevées pour essayer d'expliquer la formation de ces kystes sont loin d'être closes et, comme toutes les explications de ce genre, elles subissent une vogue périodique qui varie avec les dons d'exposition de leurs champions.

Les explications proposées se rapprochent beaucoup de celles qu'on a apportées, ou tentées, à propos des différentes tumeurs observées au voisinage du larynx et particulièrement pour celles des régions latérales du cou.

Le développement du larynx semble se faire embryologiquement de la façon suivante :

Les régions périviscérales du cou se développent à partir des formations branchiales. Seuls les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> arcs entrent dans la constitution des organes directement au contact du larynx puisque ce sont eux qui sont à l'origine des ailes thyroïdiennes.

Les arcs branchiaux inférieurs ne se rejoignent pas, limitant un champ antérieur : le champ mésobranchial de His qui tend à se rétrécir de plus en plus.

D'autre part, à l'intérieur de cet appareil branchial,

l'intestin antérieur pousse une évagination qui, en se développant, va donner naissance à l'appareil respiratoire.

La partie initiale de cette évagination va se modifier et donner naissance au larynx ou plus exactement à une sorte d'entonnoir qui se modifiera lui-même par la suite : le cornet laryngien. La partie antérieure de cette formation deviendra la thyroïde médiane qui se fusionnera ultérieurement aux bords antérieurs des ailes thyroïdiennes.

Dans sa thèse (Paris, 1928) sur les kystes branchiaux de la région latérale du cou, BOSDEVEX, élève de M. HAUTANT, résume clairement les deux grandes théories imaginées pour les kystes de ces régions :

— la théorie branchiale que vinrent battre en brèche en 1908 les travaux du professeur VIALLETON insistant sur le rôle limité de l'appareil branchial dans le développement du cou. Pour celui-ci, on ne retrouverait pas trace d'élément branchial chez l'embryon de 15 mm. Il semble en réalité que le larynx soit à peu près complètement formé à ce moment et l'origine branchiale possible ne nous semble pas devoir être rejetée de façon radicale;

— la théorie blastomérique mise en avant par WILMS en 1896, reposant sur le fait qu'à un stade quelconque de la vie embryonnaire il peut se produire un arrêt du développement, temporaire ou définitif, portant sur une ou plusieurs cellules. Suivant la date de cet arrêt, ces cellules, si elles se réveillent, donneront des tératomes (ou tumeurs mixtes, en cas d'arrêt précoce) ou des embryomes de constitution plus simple (arrêt plus tardif alors que les cellules sont déjà différenciées).

En réalité, comme le dit très bien BOSDEVEX, le résultat est identique si les modalités de développement de ces tumeurs sont différentes.

Mais il est un fait essentiel, sur lequel nous nous permettons d'insister, et qu'a très bien mis en valeur cet auteur, c'est que dans ce cas de tumeur dysembryoplasique l'atteinte laryngée est secondaire.

Quant aux kystes purement laryngés, nous n'avons pu encore retrouver aucune étude claire proposant une hypothèse plausible. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette question.

Cliniquement, l'évolution des kystes du larynx est progressive et généralement tardive, à l'âge adulte. Retentissant sur la voix, ils affectent également la déglutition et la respiration après être restés latents pendant une très longue période.

Le kyste congénital que nous décrirons se présentera tout différemment.

## II. — KYSTES LARYNGÉS CONGÉNITAUX DU NOUVEAU-NÉ

Dans leur traité pratique d'oto-rhino-laryngologie, LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE et SÉBILEAU les considèrent comme exceptionnels et rapportent deux cas de kyste dermoïde et un cas de kyste colloïde.

Dans le très intéressant travail de Mme BELLOCQ et de R. PERNOT (*Revue Française de Pédiatrie*, tome IX, n° 2, 1933) sur l'« Étude clinique et anatomo-pathologique des kystes laryngés congénitaux du nouveau-né », nous avons pu retrouver un certain nombre d'observations très comparables à la nôtre.

Nous les rapportons brièvement. Malgré nos recherches nous n'avons pu en retrouver d'autres bien qu'il en existe vraisemblablement dans la littérature américaine.

### 1° *Un cas de Salomon.*

En l'absence de toute observation clinique, la mort est survenue au 28<sup>e</sup> jour par asphyxie. Le diagnostic d'œdème de la glotte a été porté.

A l'autopsie, on a constaté un kyste laryngé de la taille et de l'aspect d'un grain de raisin obstruant complètement l'orifice supérieur du larynx.

« Après ouverture du larynx et de la trachée, la tumeur apparaît sur le repli ary-épiglottique gauche, à l'intérieur de la

lumière du larynx et le rebord gauche de l'épiglotte forme une partie de la paroi médiane du kyste. Le ventricule du larynx paraît, de ce côté, un peu aplati. La plus grande partie de la tumeur fait saillie vers l'extérieur, bombe le plancher du récessus piriforme et s'étend vers le haut dans la fente pharyngo-épiglottique en atteignant presque la pointe de l'épiglotte. Vers le bas la tumeur ne dépasse pas le bord inférieur du cartilage thyroïde. Latéralement le kyste est limité par les ailes thyroïdiennes et la racine de la lame.

Ce kyste qui a une longueur de 17 mm, et dont la plus grande largeur dépasse 8 mm., siège un peu au-dessous des ventricules. »

*Histologie.* — Dans certaines coupes, le kyste est recouvert d'un épithélium pavimenteux pluristratifié et contient une masse muqueuse avec des restes nucléaires. Dans d'autres coupes, l'épithélium est cilié avec des cellules à mucus.

## 2° Cas d'Anna Punder.

*Observation clinique.* — Enfant du sexe féminin, née le 28 février 1917. Naissance normale. Poids : 3.200 grammes.

Dès la naissance la respiration est difficile, l'inspiration bruyante. Un tirage sus-sternal et épigastrique moyen s'installe lentement. On porte le diagnostic de stridor congénital. L'allaitement est lent et difficile, avec des arrêts pour reprendre haleine. L'état général est médiocre. Dans la 7<sup>e</sup> semaine l'enfant boit nettement plus mal.

Un examen du pharynx reste négatif. On ne pratique pas de laryngoscopie.

Le 18 avril, à 2 mois, l'enfant est pâle, grêle, présente des signes de déshydratation. La respiration est accélérée. Il y a un fort tirage sus-sternal et sus-claviculaire, épigastrique et intercostal. L'inspiration est bruyante, la voix rauque, croassante. La gorge est rouge. On porte le diagnostic de névropathie, de sous-alimentation, de stridor congénital.

Alimentation et respiration sont de plus en plus altérées. La respiration ne se fait avec calme que lorsque l'enfant est couchée sur le côté droit.

À la palpation, le larynx semble un peu grand pour l'âge de l'enfant. La gêne respiratoire augmente à tout essai d'alimentation à la sonde.

Le 29 avril, le tirage augmente encore. L'enfant rejette la tête en arrière. Le larynx s'abaisse profondément à l'inspiration.

Le 1<sup>er</sup> mai 1917, une laryngoscopie directe montre que le repli ary-épiglottique droit bombe en avant, est hémisphérique et recouvre complètement la corde vocale droite. En raison du mauvais état général l'examen n'est pas prolongé et l'on n'intervient pas. La mort survient quelques jours après par asphyxie.

*Autopsie.* — Tumeur d'aspect kystique dans la région du repli ary-épiglottique droit, faisant saillie au-dessus de la surface et obstruant complètement l'entrée du larynx et, en partie, la bouche œso-pharyngienne et déportant le larynx vers la droite.

De la taille d'une cerise, la tumeur mesure 20 mm. sur 20 et est légèrement fluctuante à la palpation.

Le contenu du kyste examiné microscopiquement renferme de nombreuses cellules, probablement des cellules épithéliales de revêtement desquamées et possédant pour la plupart des cils.

Il n'y a pas d'examen histologique des parois du kyste.

Dans les ovaires on constate la présence d'un kyste dans l'ovaire gauche, de plusieurs dans l'ovaire droit.

## DISCUSSION DE CE CAS

L'auteur, après avoir considéré l'affection comme due à un stridor congénital eu raison de la gêne inspiratoire bruyante avec expiration libre dès la naissance, a été amené à porter le diagnostic de sténose laryngée et à en rechercher le siège; sténose que venaient affirmer la voix rauque, l'abaissement du larynx à l'inspiration, le rejet de la tête en arrière, le stridor inspiratoire, l'absence de signes de sténose trachéale (stridor plus expiratoire, ou aux deux temps, avec rejet de la tête en avant).

L'auteur élimine les sténoses aiguës.

Parmi les sténoses chroniques, la syphilis et la tuberculose du larynx sont facilement écartées.

Anna PUNDER insiste sur l'importance des signes suivants pour établir le diagnostic de tumeur congénitale : signes de stridor inspiratoire avec manifestation de sténose, importance du fait que l'enfant doit se coucher du côté de la tumeur, que l'alimentation à la sonde aggrave la respiration, que les symptômes vont croissant de la naissance à la mort.

Il nous semble que certains de ces symptômes sont strictement particuliers au cas décrit par Anna PUNDER et ne sauraient entrer en ligne de compte pour le diagnostic des kystes laryngés congénitaux.

### 3<sup>o</sup> Cas de Rothschild.

*Observation clinique.* — Sixième enfant de parents sains. Accouchement normal. On constate une légère cyanose à la naissance. Le lendemain la respiration est bruyante. Un stridor inspiratoire est manifeste dès le 6<sup>e</sup> jour et persiste jusqu'à la mort.

*Autopsie.* — Pas d'amaigrissement. Thymus assez volumineux mais ne comprimant pas la trachée. Broncho-pneumonie lobulaire confluyente bilatérale. Larynx de taille normale. L'hémilarynx gauche bombe en avant, au-dessous de la corde vocale gauche jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde. Cette saillie est rouge et touche par son sommet le côté droit du larynx : saillie fluctuante à l'incision de laquelle sort un pus épais, jaune verdâtre.

*Histologie.* — On constate l'existence d'un épithélium cylindrique de revêtement.

Se basant sur ce caractère, le Professeur ALBRECHT pense qu'il s'agit très probablement non d'un abcès mais d'un kyste de rétention des glandes muqueuses qui aurait suppuré les derniers jours de la vie.

En résumé, c'est l'observation d'un nouveau-né ayant pré-

senté un stridor typique dû à un kyste de rétention congénital du larynx qui aurait augmenté au moment de la suppuration.

4<sup>o</sup> *Cas de Porak et Theuveny.*

Enfant né à terme, pesant 3.200 grammes, ne présentant rien de particulier à la naissance.

Après quelques heures apparaît une cyanose persistante s'accompagnant d'un tirage considérable, sans cornage ni bruit trachéal.

La mort survient en 12 heures.

*Autopsie.* — On constate l'existence d'une tumeur kystique de la gouttière laryngo-épiglottique gauche, ronde, tendue, grosse comme une bille, repoussant la partie droite de l'épiglotte et remontant jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure des cartilages aryténoïdes.

Les résultats histologiques n'ont pas été publiés.

5<sup>o</sup> *Cas de Mme Bellocq et de M. R. Pernot.*

*Observation clinique.* — Enfant né à terme le 11 juillet 1932, pesant 3.060 grammes. On doit pratiquer la respiration artificielle et injecter de la lobéline pour faire respirer le nouveau-né.

Celui-ci est amené dès le premier jour à la clinique infantile de Strasbourg. Il présente une cyanose marquée prédominant à la tête et aux extrémités. Les mouvements respiratoires sont pénibles, rares, entrecoupés de pauses. On constate un sifflement inspiratoire, une expiration pénible. Le tirage est très accentué, la dyspnée non modifiée par la position de l'enfant. Il existe quelques intervalles où la respiration devient facile et où les téguments se recolorent.

L'examen pulmonaire est négatif. « Le toucher buccal semble faire prévoir, assez bas situé dans le larynx, un rétrécissement dont on ne peut préciser la nature. » (?)

Le lendemain l'enfant respire aussi mal. Il réagit à peine dans l'intervalle des crises dyspnéiques. L'alimentation est difficile. Les antispasmodiques restent sans effet sur les crises.

Le surlendemain, des convulsions, des pauses respiratoires marquent une aggravation importante. Craignant une issue fatale, on pratique d'urgence une trachéotomie. la cause de cette dyspnée semblant ne pouvoir être attribuée qu'à une cause

laryngée, après discussion des différentes hypothèses à envisager.

Notons que cette observation est la première où le stridor congénital du nouveau-né fut formellement éliminé avant l'autopsie en raison du caractère inconstant, du sifflement inspiratoire et du fait qu'il y avait ici de la cyanose.

La laryngoscopie directe ne put être pratiquée avant la trachéotomie en raison de l'état critique de l'enfant.

La trachéotomie est faite en état de mort apparente. La respiration, après introduction de la canule, n'est rétablie que par la respiration artificielle et une injection de lobéline.

A partir de ce moment la respiration est facile et l'enfant reprend un aspect normal.

A l'âge de 15 jours, 12 jours après la trachéotomie, l'enfant meurt subitement.

*Autopsie.* — Enfant de 2.750 grammes, sans malformation extérieure. Le thymus est petit, les poumons rouges.

Le larynx, non ouvert, montre une petite tumeur qui rétrécit la glotte. Elle a la dimension d'un grain de raisin, est translucide, à peu près sphérique, légèrement fluctuante à la palpation.

Elle renfle le repli aryténo-épiglottique gauche, bombe à l'intérieur de l'étage supérieur du larynx en dépassant la ligne médiane, et atteint par son bord supérieur la racine de l'épiglotte. Elle comble la gouttière pharyngo-laryngée gauche ou sinus piriforme, ne laissant reconnaître sur la pièce que l'extrémité de l'os hyoïde, et envahit la fossette glosso-épiglottique gauche. Elle est donc située dans l'espace hyo-thyro-épiglottique. Le larynx est fixé en entier dans le Muller-formol pour n'être ouvert et coupé que plus tard en vue d'un examen histologique.

A l'ouverture postérieure de la trachée et du larynx on ne voit que la tumeur kystique et sessile. Elle siège dans tout l'étage supérieur du larynx, « faisant disparaître la corde vocale supérieure, le ventricule de Morgagni, et elle descend jusqu'au milieu de l'étage inférieur, bombant au-dessous de la corde vocale inférieure qu'elle efface également. »

*Examen histologique du contenu de la tumeur kystique.* — Liquide visqueux contenant des cellules épithéliales ciliées,

des cellules conjonctives fusiformes et rondes avec un gros noyau, des lymphocytes et des hématies.

Une coloration au muci-carmin élective pour le mucus est positive.

*Étude histologique.* — Plusieurs coupes transversales sont pratiquées. Le kyste, un peu aplati, dépasse la ligne médiane. Pluriloculaire, il présente des cavités tapissées par un épithélium « pluristratifié cylindrique » cilié typique de la muqueuse laryngée. En quelques points existe un épithélium pavimenteux. Cet épithélium repose sur un chorion plus ou moins épais, parsemé de rares groupements lymphocytaires et d'assez nombreuses glandes muqueuses.

Enfin, la paroi du kyste renferme en plusieurs points des fibres musculaires lisses en faisceaux.

Cette présence du tissu musculaire dans la paroi du kyste est un élément important de la recherche de sa genèse.

Nous nous bornerons pour l'instant à étudier les rapports que présentent ces observations avec celle que nous allons rapporter.

Insistons tout d'abord sur le fait que leur aspect clinique en est extrêmement voisin et qu'à ce point de vue notre cas ne présente pas d'originalité particulière. Nous fondant sur ces observations et sur celle que nous apportons, nous essaierons, dans un chapitre ultérieur, d'en tirer, au double point de vue clinique et thérapeutique, quelques déductions.

Par contre l'étude de ces observations nous montre une différence essentielle d'ordre anatomique : en effet, seul le cas n° 3 de ROTHSCHILD est nettement intralaryngé, mais bas situé, il siège entièrement dans la région pour laquelle MM. LE MÉE, BLOCH et BOUCHET proposent le nom d'hypolarynx et nous nous demandons si, dans une certaine mesure, ce cas ne correspond pas à une forme particulièrement précoce et

grave des hypolaryngites décrites par ces auteurs.

Nous allons voir, au contraire, que le cas que nous rapportons évolua entièrement à l'intérieur du vestibule et de la cavité laryngée, totalement compris dans le dièdre du cartilage thyroïde.

*Ce fait nous semble d'une importance capitale au moins quant à la limitation des hypothèses embryologiques envisagées dans sa genèse.*

### III. — UN CAS DE DYSPNÉE LARYNGÉE PAR KYSTE CONGÉNITAL INTRACHONDRO-THYROÏDIEN

Nous rapportons ici l'observation d'un cas mortel de dyspnée laryngée due à un kyste congénital intrachondro-thyroïdien.

Dans ce cas, les symptômes cliniques de kyste laryngé furent observés dès la naissance et l'évolution ne dépassa pas quelques semaines.

#### *Observation :*

Nicole D... est née à terme, sans anomalie apparente, pesant 3.470 grammes.

Dès la naissance on remarque une respiration pénible et bruyante qui oppresse l'enfant sans interruption. Lors de chaque tétée la dyspnée devient une véritable suffocation qui empêche de garder le sein.

Tout le premier mois se passe sans incident et le développement se poursuit normalement comme l'indique la progression constante et régulière de la courbe de poids. Mais la fin de ce mois fut marquée par le premier accès paroxystique fort inquiétant tant il se montra brutal et violent. Brusquement l'état dyspnéique habituel s'accentua jusqu'à faire craindre une asphyxie complète, tandis que s'intensifiaient le cornage et le tirage. Les cris poussés par l'enfant dans son agitation angoissée restèrent entièrement voilés. Ces accidents, si dramatiques que l'on pouvait redouter le pire, finirent pourtant par s'atténuer avant de disparaître, non sans avoir sérieusement

éprouvé la malade qui retrouva son état antérieur de gêne respiratoire.

Un spécialiste appelé d'urgence à ce moment conclut à l'existence d'un œdème laryngé.

Par la suite, plusieurs autres crises semblables se succédèrent à des intervalles plus ou moins prolongés, avec une intensité variable bien que toujours alarmante.

Un examen radiologique pratiqué alors permit d'écarter l'hypothèse d'une compression thymique comme cause de ces accidents.

La température, régulièrement notée, resta toujours normale, et aucune altération ne fut relevée ni dans le nez, ni dans le cavum. L'état général, d'abord respecté, finit pourtant par subir les conséquences de la dyspnée continue et de la sous-alimentation, auxquelles s'ajoutaient celles qu'entraînaient, par l'épuisement général, les paroxysmes répétés. Une fois rompu, l'équilibre déclina assez vite, se traduisant par une perte progressive des forces ainsi que par un amaigrissement continuuel après que le poids eut atteint 3 kg. 800 comme maximum.

La situation se montrait déjà des plus précaires lorsque l'enfant âgée de 2 mois fut présentée à M. MARQUÉZY qui s'inquiéta très justement de sa grande pâleur, de son amaigrissement extrême et de son épuisement profond. Il nota l'intensité des troubles respiratoires où dominait surtout une dyspnée absolument continue au rythme accéléré, avec tirage et cornage eux aussi incessants. Les cris étaient nettement voilés.

Sur cet état qui se poursuivait sans aucune interruption, survenaient à la moindre cause susceptible d'agiter l'enfant, ou même sans aucun motif, des accès paroxystiques semblables à celui qui a été décrit et dont la haute gravité justifiait chaque fois la crainte d'une asphyxie mortelle.

Ajoutons simplement, pour compléter ce que l'on sait déjà, qu'au cours de ces accès le cornage s'intensifiait, surtout pendant les expirations, et que le tirage plus marqué s'étendait non seulement aux régions sus-sternale et sus-claviculaire, mais encore à la totalité des espaces intercostaux, à l'épigastre et même au sternum que chaque aspiration abaisse dans le thorax.

Aucun de ces paroxysmes, sans cesse plus fréquents et plus violents, n'a abouti à l'asphyxie fatale chaque fois redoutée, mais

à force de se répéter ils finirent par aggraver l'épuisement de l'enfant de moins en moins capable de surmonter la fatigue laissée par chaque accès.

M. MARQUÉZY, estimant que la situation nécessite une solution urgente, prie M. H. P. CHATELLIER de reconnaître la cause de cette dyspnée laryngée et, si possible, d'y porter remède au plus tôt tant son issue fatale s'affirmait certaine et même imminente.

L'exploration extérieure du cou, pourtant facilitée par la maigreur extrême, ne nous révéla aucune anomalie et en particulier pas la moindre trace d'une tumeur quelconque. Il ne nous restait donc d'autre moyen que la laryngoscopie. La perspective d'un tel examen n'était guère engageante car les risques de lui voir déclencher un paroxysme peut-être mortel semblaient d'autant plus redoutables qu'on était exposé à les provoquer en pure perte étant donné les aléas d'une laryngoscopie dans de si fâcheuses conditions. Mais l'abstention paraissait encore plus condamnable puisqu'elle abandonnait la malade à une mort prochaine.

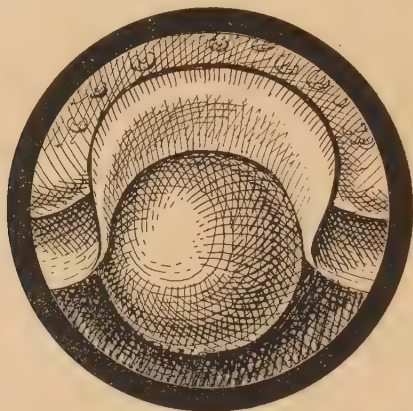
M. CHATELLIER se décida à cet examen, fermement résolu à en limiter les dangers au strict minimum.

Profitant d'une accalmie relative il pratiqua une laryngoscopie forcée avec l'abaisse-langue d'Escat, procédé qui avait déjà donné d'excellents résultats chez les nourrissons. Il eut la chance d'obtenir au premier essai une vision sans doute rapide mais suffisante de tout le pharynx ainsi que de la région laryngée, sans provoquer un paroxysme inquiétant.

Cela permit d'affirmer la parfaite intégrité du pharynx, de l'épiglotte et la disparition complète du vestibule laryngé. Celui-ci était entièrement masqué par la saillie globuleuse d'une masse arrondie, lisse et rosée qui, par ses fortes dimensions, encombraient intégralement l'espace limité par l'épiglotte et la paroi postérieure du pharynx. L'image inattendue de cette masse globuleuse siégeait donc à l'endroit qu'aurait dû normalement occuper l'orifice glottique.

L'examen avait sans doute révélé l'existence d'une tumeur responsable de la dyspnée par obstruction mécanique de la glotte, mais n'en apprenait ni la signification ni même la nature car la tumeur pouvait être aussi bien solide que liquide. A plus forte raison n'était-il pas possible de fixer son lieu d'origine.

pas plus que sa pathogénie, attendu qu'elle ne ressemblait à aucune lésion connue. Mais ce qui paraissait surtout grave, c'est qu'on n'apercevait aucune indication thérapeutique à tirer de cet examen comme on l'avait espéré. Sans que cette laryngoscopie puisse être rendue responsable, tant elle avait été bien supportée, l'état empira les jours suivants.



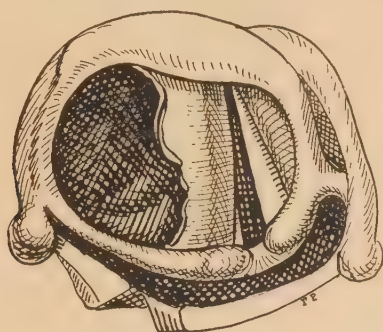
Vue laryngoscopique du kyste laryngé congénital.

Les paroxysmes sans cesse plus fréquents et plus intenses achevèrent d'épuiser l'enfant dont l'asphyxie devenait à peu près permanente. Il fut même nécessaire de pratiquer une trachéotomie d'urgence pour éviter la mort par étouffement complet.

Aussitôt la canule en place, la dyspnée disparut ainsi que le tirage et le cornage, mais, comme il fallait s'y attendre chez un sujet si gravement atteint, une affection pulmonaire se déclara bientôt, entraînant la mort par broncho-pneumonie.

*Autopsie.* — L'autopsie confirma en premier lieu l'absence de la moindre lésion en aucun point des régions périviscérales du cou. Par contre, l'examen du tractus laryngo-trachéal prélevé révéla de considérables altérations subies par l'ensemble du segment laryngé. L'étudiant d'abord par sa face antérieure, on remarquait le très notable élargissement éprouvé par le cartilage thyroïde dont les deux lames étaient comme écartelées dans le plan transversal. Mais les plus importantes

observations s'enregistraient quand on examinait la pièce par son extrémité supérieure. Celle-ci témoignait d'un tel bouleversement que l'aspect habituel de la région glottique semblait, à première vue, inversé. L'aspect normal de cette région peut en effet être schématisé par une fente sagittale et médiane répondant à la glotte que borde de part et d'autre la masse des bandes ventriculaires. On voyait ici l'existence d'une cloison médiane et sagittale dans le relief assez épais séparait deux cavités latérales à peu près symétriques. On constatait bientôt que la dépression située du côté droit représentait l'orifice glottique fortement refoulé et comme écrasé contre la face profonde de l'aile thyroïdienne. On identifiait effectivement les différentes par-



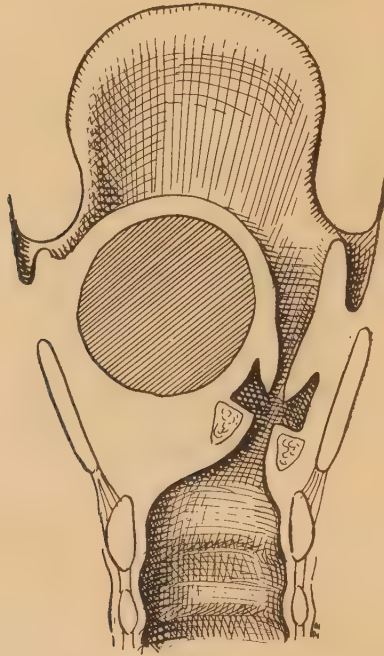
Face supérieure du kyste rompu et déportant la glotte latéralement.

ties constituant la région supérieure du larynx, mais considérablement modifiées par suite de cette compression dans le sens transversal. L'orifice glottique ainsi que les bandes étaient étriqués au point de devenir méconnaissables. La cavité du côté gauche représentait une dépression aux formes régulières dont les parois convergeaient pour s'unir en un fond entièrement fermé. Le versant axial de cette dépression se confondait avec le versant gauche de la cloison médiane et, sur la surface supérieure de celle-ci, se voyaient des formations lamelleuses, seuls vestiges laissés par le dôme qui recouvrait naguères cette cavité, la classant ainsi dans la catégorie des tumeurs liquides enkystées.

La rupture pariétale avait malheureusement trop tardé, ne s'étant produite qu'à la phase agonique sinon même plus tar-

divement encore, lors des manœuvres pratiquées à l'autopsie pour prélever le tractus viscéral.

Cette conclusion concernant la forme première et réelle de la lésion s'impose déjà au nom de la simple logique et s'affirme encore, non moins sérieusement, par la parfaite explication qu'elle donne de l'aspect présenté par la lésion sur la pièce



Coupe frontale montrant le siège et le retentissement laryngé du kyste.

prélevée à l'autopsie, comparée à l'image qu'on lui avait notée lors de la laryngoscopie.

On doit également remarquer que le volume qu'on lui voit sur la pièce ne peut manquer d'être plus considérable quand les parois encore complètes se trouvent distendues par le contenu liquide. C'est pourquoi, par suite de son encombrement supérieur, la coupole constituée par sa partie haute avait semblé quasi médiane à l'examen laryngoscopique. C'est de même pourquoi la région glottique devait subir un

écrasement plus considérable que celui qu'on peut observer sur la pièce, ce qui justifie l'intensité et la constance des troubles dyspnéiques.

La pièce devant être soumise aux mutilations nécessitées par les investigations histologiques, on voulut en conserver l'aspect général par un moulage.

*Histologie.* — L'examen histologique confié au docteur DELARUE nous a valu le compte rendu suivant.

Les prélèvements faits sur la pièce pour l'examen histologique ont porté sur les parois de la tumeur kystique refoulant la glotte à droite de la ligne médiane.

Deux fragments ont été ainsi prélevés, l'un en dehors contre le bord supérieur du cartilage thyroïde, l'autre en dedans surplombant l'orifice glottique.

Les coupes de ces deux fragments montrent que le revêtement de la formation kystique observé macroscopiquement est fait d'un tissu de granulations inflammatoires subaiguës dans lequel la présence de quelques macrophages à cytoplasme clair laisse deviner un processus suppuratif antérieur, peut-être très discret d'ailleurs. Mais, de place en place, se voient aussi quelques vestiges d'un revêtement malpighien aplati et rudimentaire persistant parmi les lésions inflammatoires. Ce revêtement vient révéler la véritable nature tumorale du kyste en même temps que son origine dysembryoplasique, et faire penser que les lésions inflammatoires sont secondaires.

#### IV. — DÉDUCTIONS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Envisagé du point de vue clinique et diagnostique, le cas décrit se rapproche donc beaucoup de ceux rapportés par Mme BELLOCQ et R. PERNOT.

Certains éléments cliniques nous paraissent mériter qu'on s'y attarde.

Le premier de ces symptômes nous paraît être la *dyspnée*.

Elle apparaît dans toutes les observations comme très importante, portant sur les deux temps de la respiration, mais surtout sur l'inspiration comme il est normal en pareil cas.

Elle nous paraît avoir deux caractères essentiels :

— sa précocité,

— son caractère paroxystique.

Le caractère précoce de cette dyspnée semble bien être fondamental. Il s'explique anatomiquement par l'existence du kyste congénital dont les symptômes vont se manifester dès la naissance.

Nous voyons qu'il en est ainsi dans toutes les observations. On conçoit que, suivant le siège et le volume initial de la tumeur, la dyspnée ait été plus ou moins intense; elle a toujours existé dès le début de la vie,

véritablement congénitale elle aussi, et ce caractère de dyspnée immédiate s'avère, semble-t-il, comme constant.

Dans tous les cas où l'observation a été de quelque durée, le caractère paroxystique de cette gêne respiratoire s'est, lui aussi, affirmé.

Des poussées inflammatoires ont pu y jouer un rôle, de même qu'un certain élément spasmodique : nous nous bornons à des hypothèses. Le fait demeure que ces paroxysmes existent, se répètent pour des causes variables : bruit, mouvement, émotion, ou même sans cause.

Ces paroxysmes semblent particulièrement sévères et toutes les observations qui en font mention les considèrent comme un élément particulièrement dangereux de l'affection.

Ils surviennent sur un fond permanent, et souvent déjà grave, de dyspnée et sont véritablement impressionnants. Dans notre observation, comme dans les précédentes, on a vu qu'ils ont fait craindre la mort subite tant l'asphyxie qu'ils provoquaient était considérable. Ils ont très sérieusement fait hésiter M. H. P. CHATELLIER à pratiquer la laryngoscopie de peur d'en déclencher un et de voir cette exploration entraîner la mort.

Cette dyspnée s'accompagne de stridor et celui-ci est plus ou moins intense. Les modifications anatomiques du larynx dues au kyste expliquent parfaitement ce symptôme.

De même, ces caractères anatomiques expliquent parfaitement aussi la résistance de cette dyspnée aux antispasmodiques.

Mme BELLOCQ et PERNOT signalent le peu d'efficacité d'un traitement par la belladone et le gardénal, ainsi que le peu d'action de l'oxygénothérapie.

Il est permis de supposer que, même eût-on employé en outre des procédés ultra-modernes, ou prétendus tels, comme la tente à oxygène ou le « conditionnement » de l'air par humidification, les résultats eussent été sans doute décevants devant cette asphyxie purement mécanique.

Le rejet de la tête en arrière semble plus inconstant bien que ce soit un signe classique de sténose laryngée.

Le *tirage* fut par contre toujours très intense, rétractant non seulement l'épigastre, les fosses sus-claviculaires et les espaces intercostaux mais aussi la région sternale.

La cyanose fut également observée d'une façon à peu près constante.

Anna PUNDER insiste sur un symptôme, selon elle, important : l'augmentation de la dyspnée lors de l'alimentation à la sonde.

Il nous semble que c'est là un signe particulier à son cas de kyste haut situé; la sonde serait sans doute sans effet dans un cas comme le nôtre. Enfin cette manœuvre nous paraît dangereuse, susceptible de déclencher des paroxysmes.

La *voix* fut toujours rauque, les cris voilés dans tous les cas où il en est fait mention.

Il nous semble par contre justifié d'insister sur *l'altération de l'état général*.

La température reste normale sauf en cas d'infection respiratoire surajoutée.

Le poids, dans les cas d'une certaine durée, ne tarde

pas à subir les conséquences indirectes de cette dyspnée interdisant l'alimentation. Après s'être plus ou moins maintenu, il s'abaisse rapidement.

La déshydratation est intense.

Dans l'observation que nous rapportons l'état général finit par être altéré au point que le plus simple examen semblait constituer un danger mortel.

La trachéotomie, comme dans le cas de Mme BELLOCQ et PERNOT, ne fut pratiquement tentée qu'*in extremis* tant l'état précaire de ces nouveau-nés rendait l'intervention peu engageante.

L'évolution semble d'une durée variable avec le volume, l'augmentation du kyste, son infection secondaire et toutes les conséquences que comportent ces facteurs.

La mort est, jusqu'à maintenant, l'aboutissant fatal de l'affection dans tous les cas publiés.

Sur quoi baser le *diagnostic* d'une telle affection?

Tout d'abord sur les éléments cliniques sur lesquels nous avons insisté et dont le principal est une dyspnée immédiate, apparue dès la naissance, accompagnée généralement de stridor, de tirage intense et subissant des paroxysmes.

Nous serons bref sur le diagnostic différentiel. En effet l'examen attentif permet d'écarter les affections entraînant une dyspnée d'origine pulmonaire.

Les dyspnées trachéales entraîneraient classiquement un rejet de la tête en avant, seraient à prédominance expiratoire, ou aux deux temps.

En fait, seule l'hypertrophie du thymus nous semble à retenir : l'examen radiologique permet d'écarter ce diagnostic.

Il semble donc possible de ramener, par la seule clinique, l'origine de cette dyspnée au larynx.

Dans le cadre des lésions dyspnéigènes du larynx citons l'œdème du larynx, le stridor congénital, les laryngites aiguës sus- ou sous-glottiques.

Il reste enfin la possibilité de diaphragme du larynx parfois hérédosyphilitique ou, d'une façon hypothétique de tumeurs solides qui ne semblent pas, jusqu'ici, avoir été observées.

De toutes ces affections laryngées, l'expérience tirée des cas publiés montre que les seuls diagnostics à discuter sont l'œdème laryngé, le stridor congénital et, éventuellement, un diaphragme du larynx.

Il n'est pas impossible que la spasmophilie puisse entraîner un tableau voisin et il semble logique de rechercher, surtout après une évolution d'une certaine durée, le signe de Trousseau et celui de Chvostek, de faire un dosage du calcium sanguin et de tenter une thérapeutique appropriée.

Mais il nous semble qu'un seul élément puisse permettre le diagnostic : *la laryngoscopie.*

## V. — LARYNGOSCOPIE

### ÉTUDE CRITIQUE

Dans tous les cas décrits, y compris le nôtre, la mort a été l'aboutissement irrémédiable des kystes congénitaux du larynx. Devant cette constance de l'issue fatale, malgré notre inexpérience dont nous nous excusons, nous pensons qu'il ne nous est pas interdit d'envisager la conduite à tenir.

Il paraît difficile de contester qu'il y ait intérêt à porter un diagnostic exact mais surtout précoce. Seule la laryngoscopie peut permettre de situer la lésion, de la reconnaître, d'en préciser siège et caractères.

Certes, quelle que soit la technique employée, l'examen nécessitera une expérience consommée et une grande douceur.

Pratiquée chez tous les très jeunes sujets présentant une dyspnée non expliquée par une affection pulmonaire, il est probable que la laryngoscopie permettrait de reconnaître plus souvent des faits voisins de celui que nous rapportons et des observations de Mme BELLOCQ et PERNOT.

Outre l'âge exceptionnellement jeune des sujets, il faut insister sur le très mauvais état de ces petits ma-

lades. Dans le cas où elle fut pratiquée, la laryngoscopie ne le fut pas à la légère.

Dans l'observation que nous avons rapportée, l'état de l'enfant était si critique que M. H. P. CHATELLIER ne pratiqua l'examen laryngoscopique qu'après une certaine hésitation, craignant de voir l'examen provoquer un paroxysme dyspnéique mortel.

Insistons sur le fait que la conformation particulière du larynx infantile présentant une épiglotte oblique en haut et en arrière, plus voisine de l'horizontale que de la verticale, « couchée » en un mot, et très fortement incurvée transversalement, ainsi que les petites dimensions du pharynx et l'insoumission du sujet rendent impossible la technique habituelle de laryngoscopie indirecte.

La laryngoscopie directe, préconisée déjà chez l'enfant par ABRAND en 1911 et par BUMBA en 1925, semble bien n'être réellement entrée dans la pratique que depuis peu d'années. L'influence américaine dans la diffusion de cette méthode est incontestable.

Quelle que soit l'instrumentation employée, à condition que celle-ci soit adaptée à la taille du nouveau-né ou du très jeune enfant, on obtient une vision nette et directe de la lésion.

Cependant le champ embrassé à la fois par le tube est minime et les rapports de la lésion, de ce fait, plus difficiles à préciser.

On a accusé la laryngoscopie directe d'être traumatisante (cela dépend surtout du spécialiste utilisant la méthode), de déclencher des spasmes ou des paroxysmes dyspnéiques.

Dans les cas particuliers qui nous intéressent ici, elle

fut employée avec succès dans le cas d'Anna PÜNDER, ne provoquant pas de paroxysme, n'aggravant pas l'état antérieur.

A une séance récente de la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris (février 1942), à l'occasion d'une communication de M. LEROUX-ROBERT, une discussion s'engagea sur l'utilité et les dangers que peut présenter la laryngoscopie directe dans le très jeune âge.

Nombre de nos maîtres y prirent part, dont MM. LEROUX-ROBERT, BOUCHET, R. BOURGEOIS, H. P. CHATELLIER.

Ces auteurs semblaient conclure que, pourvu qu'elle soit pratiquée rapidement, avec une technique irréprochable et avec douceur, la laryngoscopie n'était aucunement dangereuse. M. BOUCHET rapporta même que, dans certains cas de dyspnée intense, il lui avait vu améliorer la respiration pendant la durée de l'examen.

Cependant il faut insister sur le fait que, chez le très jeune enfant, dont l'épiglotte est plus couchée, l'examen est plus difficile.

TUCKER recommande de ne pas charger l'épiglotte sur l'extrémité du laryngoscope qui doit au contraire être insinuée dans le sillon glosso-épiglottique et déprimer vers l'avant la base de la langue, redressant ainsi l'épiglotte. Rapportant ce conseil, MM. LE MÉE, BLOCH et M. BOUCHET remarquent la parenté de cette manœuvre avec la technique d'ESCAT au moyen de son abaisse-langue.

La laryngoscopie indirecte au moyen de l'abaisse-langue d'ESCAT a été, en effet, pratiquée avec succès par notre maître M. H. P. CHATELLIER dans l'obser-

vation que nous avons rapportée où M. CHATELLIER, devant l'asphyxie imminente, préféra rejeter la laryngoscopie directe.

Lorsque M. MARQUÉZY le pria d'examiner l'enfant, l'état de celle-ci était si critique qu'il craignit que le moindre paroxysme n'entraînât subitement une issue fatale : aussi préféra-t-il utiliser cette technique qui, à ses yeux, avait un triple avantage : elle était très douce, progressive et peu traumatisante; en cas de phénomène anormal il suffisait de relâcher la pression sur l'abaisse-langue pour supprimer la cause de ce trouble, ce qui lui paraissait plus immédiat encore que de retirer le laryngoscope; enfin la vision indirecte, plus étendue que la vision directe, permettait d'un seul coup d'œil d'embrasser la lésion que l'on soupçonnait au larynx et ses rapports.

Notons d'ailleurs que si la laryngoscopie était plus précoce, c'est-à-dire si le spécialiste était appelé plus souvent et à temps, elle serait pratiquée sur des sujets plus résistants, à l'état général conservé, et, de ce fait, les dangers de cet examen seraient infiniment réduits.

Il semble donc que la technique à utiliser reste au choix de chacun chez un sujet dont la dyspnée n'est pas trop intense, les paroxysmes ni trop fréquents ni trop violents.

Chez le sujet en état d'instabilité, il semble que, par sa douceur, la laryngoscopie indirecte forcée soit la méthode de choix.

En tous cas, un fait est certain, quelle que soit la méthode que l'on doive préférer, il faut voir le larynx.

Il faudrait pour cela que dans tous les cas de dyspnée inexplicquée on fît appel au laryngologiste. Bref, en ce

point encore, il faudrait que l'on consentît à abandonner une attitude neutre d'expectative qu'on ne saurait mieux comparer qu'à une politique d'autruche.

La laryngoscopie dans le jeune âge doit, aux yeux du praticien, devenir une méthode d'exploration courante mais dont la pratique doit rester réservée au spécialiste en raison de l'entraînement que demande ce genre d'exploration.

## VI. — CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

### LA TRACHÉOTOMIE

#### L'INTERVENTION DIRECTE

Dans l'observation que nous rapportons la trachéotomie fut pratiquée véritablement *in extremis* dans le but d'éviter, ou plutôt de retarder l'imminence de la mort.

Dans l'observation de Mme BELLOCQ et PERNOT elle fut pratiquée en état de mort apparente et il fut nécessaire de ranimer l'enfant par la respiration artificielle et une injection de lobéline.

Quoi d'étonnant dans ces conditions à ce que l'issue fatale n'ait été que différée, et de peu!

Que peut-on attendre de la trachéotomie dans de tels cas?

Il faut reconnaître à sa décharge qu'en l'absence de connaissance exacte de la nature de la lésion devant une asphyxie imminente, elle est l'intervention qui donne un répit puisque, dans les deux cas où elle fut pratiquée, on vit immédiatement cesser la dyspnée et une respiration enfin normale s'établir.

Elle avait en outre l'avantage d'être un acte cal-

mant les scrupules du médecin et du laryngologiste qui, devant un enfant agonisant, avaient pris et exécuté une décision apparemment bienfaisante.

Dans les deux cas néanmoins, l'issue fatale ne tarda pas, retardée de quelques jours seulement, par broncho-pneumonie dans notre cas, par mort subite dans le cas BELLOCQ-PERNOT.

Peut-être, pratiquée plus tôt, chez des sujets plus résistants, ses résultats auraient-ils été plus favorables.

Il semble bien difficile d'admettre une telle façon de voir : en effet tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître à la trachéotomie pratiquée dans le jeune âge une terrible gravité. Elle est grevée dans la quasi-totalité des cas par des complications respiratoires et particulièrement broncho-pulmonaires mortelles, même en faisant abstraction du choc opératoire, l'intervention étant souvent bien supportée.

Chez le nouveau-né, cette terrible gravité de la trachéotomie est encore plus certaine surtout chez des enfants asthéniques, amaigris, déshydratés par la dyspnée incessante et la difficulté de l'alimentation.

Lors de la discussion soulevée par la communication de M. LEROUX-ROBERT, dont nous avons parlé ci-dessus, cette façon de voir a été très généralement partagée par nos maîtres.

Insistons cependant sur le fait aggravant que, dans le cas spécial que nous envisageons, la trachéotomie reste une intervention incomplète puisqu'elle respecte la lésion causale.

Même si la trachéotomie était pratiquée précocement, sur un enfant encore vigoureux, même si elle était bien supportée immédiatement et dans ses suites,

même si elle était bien tolérée, elle ferait de l'enfant un canulard pour le restant de ses jours.

Il semble bien improbable d'ailleurs que, dans les jours, les semaines ou les mois suivants, une broncho-pneumonie ne vienne mettre un point final à la vie instable de ces enfants.

La trachéotomie ne semble donc véritablement acceptable que comme traitement héroïque de la dyspnée permettant un traitement ultérieur de la lésion causale.

C'est pourquoi nous nous sommes demandé s'il était justifié de faire courir à l'enfant un tel risque au lieu d'agir directement sur la lésion, puisque l'obstruction respiratoire est, pendant la presque totalité de l'évolution, purement mécanique.

Étant donné notre inexpérience nous nous sommes ouvert à M. H. P. CHATELLIER de ces considérations : nous avons eu l'heureuse surprise de l'entendre partager cette façon de voir. Il nous a même exprimé le regret de n'avoir pas agi ainsi dans l'observation que nous avons rapportée, regret appuyé sur les constatations faites à la nécropsie.

Quels que puissent être d'ailleurs les résultats d'une telle conduite, ils ne peuvent être inférieurs à ceux de la trachéotomie !

Pour résumer le problème et justifier l'exposé de notre hypothèse thérapeutique, rappelons :

1<sup>o</sup> Que la dyspnée est, pendant la presque totalité de l'évolution, purement mécanique, due au volume du kyste obstruant plus ou moins complètement la perméabilité laryngée;

2<sup>o</sup> Que la trachéotomie a suffi à rétablir la respi-

ration d'une façon instantanée mais qu'elle est grevée d'une mortalité à peu près fatale par broncho-pneumonie et qu'elle respecte la lésion kystique.

Aussi nous semble-t-il logique, à la suite de l'expérience réalisée lors des quelques cas décrits, d'attaquer directement la lésion : les résultats ne peuvent être inférieurs à ceux obtenus par l'abstention ou par la trachéotomie.

Il n'est pas question d'aller par une intervention réglée, par voie externe, extirper le kyste : l'âge et l'état des malades ne permettent pas même de discuter une telle éventualité.

Une seule conduite semble raisonnable : l'ouverture aussi large que possible du kyste par voie naturelle avec enlèvement d'une partie de la poche kystique.

Une telle intervention pourrait être pratiquée avec une pince emporte-pièce ou une pince à curettes pour le larynx. Notre maître M. H. P. CHATELLIER considère que, devant un nouveau cas semblable, il utiliserait la pince de MORITZ-SCHMIDT qui lui semble l'instrument *ad hoc*.

Une insufflation laryngée de poudre de sulfamides éviterait peut-être l'infection de la cavité kystique, quitte même à la répéter plusieurs jours consécutifs.

Aucune anesthésie, bien entendu, ni générale, ni locale, étant donné l'instabilité des enfants qui sont, rappelons-le, des dyspnéiques en instance d'asphyxie et des déshydratés.

L'intervention devrait être pratiquée sous contrôle laryngoscopique et il semble *a priori* que la laryngoscopie indirecte forcée soit la méthode de choix, un aide étant nécessaire pour tenir l'abaisse-langue d'Es-

CAT qui semble le plus pratique. Étant donné l'âge de l'enfant nous pensons que cette technique serait moins malaisée que la laryngoscopie directe qui ne peut être concevable chez de tels sujets qu'avec un tube ou une spatule de très petit calibre.

Notre inexpérience, et l'inexpérience générale à l'égard de tels cas, rend oiseuse une telle discussion.

Il nous semble cependant qu'il y ait intérêt à agir d'emblée, immédiatement et directement sur la lésion par quelque technique que ce soit : ce n'est que plus tard que les résultats d'une telle intervention permettront d'affirmer ou d'infirmer son utilité, d'en préciser sa technique.

Peut-être enfin y aurait-il intérêt, avant d'attaquer par simple ouverture ou par morcellement la paroi kystique, à ponctionner la tumeur pour affirmer sa nature liquidienne. En réalité, il ne semble pas qu'il existe, à cet âge, de tumeurs solides à surface lisse de la région; n'en ayant trouvé aucune mention, nous avons consulté nombre de nos maîtres : aucun n'avait le souvenir d'en avoir vu. La ponction d'un tel kyste nous paraît d'ailleurs une manœuvre bien délicate pour être envisagée tant à titre diagnostique que thérapeutique.

En conclusion de cette brève étude nous pensons que :

1<sup>o</sup> Devant toute dyspnée du nouveau-né ne faisant pas sa preuve l'examen laryngoscopique est justifié et que l'on gagnerait à le pratiquer systématiquement;

2<sup>o</sup> Outre la méthode généralement adoptée de la laryngoscopie directe, il est une autre technique sans

doute moins traumatisante : la laryngoscopie indirecte forcée avec l'abaisse-langue d'ESCAT qui trouverait chez ces enfants en très mauvais état sa meilleure indication;

3<sup>o</sup> La lésion kystique étant reconnue il importe de l'atteindre directement par voie naturelle, par ouverture ou par morcellement partiel; une intervention palliative comme la trachéotomie s'est montrée désastreuse dans ses résultats.

## VII. — DISCUSSION SUR L'ORIGINE DES KYSTES LARYNGÉS CONGÉNITAUX

Dans les kystes laryngés congénitaux et dans toutes les observations rapportées, les auteurs ont cherché à expliquer la genèse de la lésion observée.

Les discussions reposent toutes :

1<sup>o</sup> Sur le fait que la lésion a été observée dès le début de la vie et que son origine congénitale semblait donc indiscutable;

2<sup>o</sup> Sur le fait que l'examen histologique a montré sa nature kystique et mis en valeur l'existence, dans tous les cas examinés histologiquement, de cellules épithéliales soit cylindriques ciliées, soit d'épithélium de type malpighien aplati et rudimentaire comme dans le cas que nous rapportons personnellement.

Dans tous les cas observés où l'on a rapporté l'existence d'une infiltration lymphocytaire de type inflammatoire, il semble donc que l'on soit en droit de penser que la réaction inflammatoire a été secondaire.

Nous étudierons tout d'abord les hypothèses qui ont été proposées pour expliquer la genèse de ces kystes laryngés congénitaux. Pour ce faire nous nous référerons en grande partie à l'article de Mme BELLOCQ et R. PERNOT. Ces auteurs rapportent en effet que

SCHNEIDER semble partisan de l'origine glandulaire de ces kystes qu'il considérerait comme des kystes de rétention acquis ou congénitaux.

En fait, l'examen histologique ne semble pas avoir montré d'éléments glandulaires et cette conception ne nous semble pas devoir être retenue.

Pour SALOMON, l'existence de cartilage dans la paroi du kyste permettrait d'affirmer l'origine branchiale de celui-ci. A quoi SCHNEIDER fait observer qu'il existe normalement dans le larynx du cartilage susceptible d'être à l'origine d'une inclusion, en dehors de toute origine branchiale.

SCHNEIDER émet déjà l'hypothèse que la plupart des kystes laryngés congénitaux, sinon tous, sont dus à des troubles du développement. Quels seraient alors ces troubles du développement?

« — Soit des hétérotopies vestigiales, c'est-à-dire des organes transitoires dont la disparition plus ou moins complète serait une anomalie et pourrait amener la formation de kyste. »

On pourrait admettre, avec SALOMON discutant la genèse de son cas, la possibilité d'une inclusion épithéliale à partir de la 4<sup>e</sup> fente branchiale.

LOUYS, BECK et d'autres auteurs envisagent la possibilité de kystes laryngés à partir du canal thyroïdienne qui unissait à l'origine la thyroïde médiane à l'épithélium lingual et qui peut persister anormalement. Cette hypothèse ne semblerait vraisemblable qu'à condition qu'il « existe du tissu du corps thyroïde » (?) dans la paroi du kyste ou à son voisinage. En fait le canal thyroïdienne reste en avant du tractus

aéro-digestif, et, dès l'abord, cette hypothèse ne semble guère à retenir.

— Soit des hétérotopies dysgénétiques, c'est-à-dire la présence dans un organe, par suite d'un vice du développement, d'une cellule ou d'un groupe de cellules qui, à un moment déterminé, pourront évoluer pour leur propre compte et fournir des tissus comparables à ceux qu'elles auraient fournis en bonne place.

LOUYS admet une origine branchiogène. Selon la position des kystes il s'agirait des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> ou même 5<sup>e</sup> fente branchiale, qui constituent la région où se forme plus tard le récessus piriforme.

A cette façon de voir SCHWALBE oppose le fait qu'il serait nécessaire que ces kystes aient un développement latéral et surtout le fait « qu'à aucun moment de la vie embryonnaire les fentes branchiales n'entrent en rapport avec le larynx proprement dit ». Il semble donc que cette origine ne puisse non plus être retenue. Ces kystes seraient d'ailleurs extra-chondro-thyroïdiens.

KAHLER explique les kystes congénitaux du larynx à partir des deux bourgeons pairs symétriques de l'épiglotte. Il faudrait alors que les kystes soient médians et plus haut situés qu'ils ne l'ont été dans toutes les observations rapportées.

L'origine tératoïde a été également discutée.

Pour Mme BELLOCQ et R. PERNOT, étant donné le développement très compliqué et assez obscur du larynx, il serait vraisemblable de penser à un pincement ou étrangement de différents feuillets entraînant la formation de kystes, exactement comme se forment les kystes épidermoïdes de la peau.

Dans le cas qu'ils publient et que nous avons rap-

porté, ces auteurs éliminent le kyste de rétention en raison de la persistance de l'épithélium cylindrique cilié, alors qu'en cas de rétention sous tension d'un produit de sécrétion, l'épithélium s'aplatit mécaniquement. Peut-être, dans le cas que nous rapportons, est-ce à cette tension intrakystique que l'on doit de n'avoir pas observé d'épithélium cylindrique cilié du type respiratoire?

Dans le cas de Mme BELLOCQ et R. PERNOT aucun élément inflammatoire n'a été constaté histologiquement, ce qui élimine cette possibilité d'origine.

Dans le cas que nous rapportons, nous pensons que la réaction inflammatoire a été secondaire, survenant soit au cours de l'évolution qui s'est étendue sur plusieurs semaines, soit même simplement tardivement alors que l'infection broncho-pulmonaire pouvait entraîner des réactions inflammatoires de tout l'arbre respiratoire. M. DELARUE envisage également pour ce cas une origine dysembryoplasique.

L'origine dysgénétique semble la plus plausible dans le kyste publié par Mme BELLOCQ et R. PERNOT, en raison du tissu musculaire lisse retrouvé dans la paroi du kyste, fait tout spécialement anormal.

Enfin il semble logique de rapprocher ces tumeurs des lésions observées dans la région.

Parmi les observations relatées, notamment d'AGELBOS, de STEWES dans sa thèse, aucune ne convient exactement au cas particulier qui nous occupe.

En effet, toutes les tumeurs dont cet auteur fait mention naissent au niveau des plans cervicaux qui recouvrent le tractus viscéral et si elles viennent à entraver la perméabilité respiratoire ce n'est que secon-

dairement, par envahissement tardif du larynx dont la cavité est d'abord respectée.

Le kyste que nous étudions et dont nous rapportons l'observation reste au contraire entièrement emprisonné à l'intérieur du dièdre chondro-thyroïdien au cours de toute son évolution.

Même dans les cas moins nettement limités au dièdre chondro-thyroïdien et que nous avons étudiés, on n'a observé aucun rapport avec les plans cervicaux périsvisscéraux.

Dans notre cas, l'examen clinique n'avait montré aucune modification à la palpation du cou. L'autopsie a formellement confirmé cette indépendance du kyste par rapport aux plans de couverture.

Enfin l'examen histologique a bien montré le caractère endolaryngé de la lésion observée. C'est dire que les formations embryonnaires suspectées d'être à l'origine des tumeurs décrites antérieurement et intéressant d'abord les plans de couverture ne sauraient être retenues. La question se montre donc fort embarrassante puisque aucune explication claire n'a été encore proposée, si ce n'est toutefois dans le travail de Mme BELLOCQ et R. PERNOT. Mais ce cas ne s'applique pas exactement au nôtre. Aussi ne prétendons-nous lui trouver que des hypothèses dont la fragilité ne nous échappe pas.

En abordant l'étude de ce problème pathogénique, en se basant sur l'exacte situation des tumeurs interprétées, on parvient à circonscrire sérieusement les recherches pour localiser son origine qui ne saurait échapper à l'une des formations immédiatement voisines.

Rappelons que malgré leur apparente solidarité avec l'ensemble de l'appareil laryngé définitif, les deux lames du cartilage thyroïde dérivent des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> arcs branchiaux et sont donc complètement distinctes et indépendantes du tube laryngé primitif.

L'évolution embryologique ultérieure permet à ces formations branchiales d'atteindre symétriquement les faces latérales du tube laryngien, puis de s'unir avec elles si étroitement qu'elles semblent toujours avoir appartenu à l'ensemble du larynx.

Nous avons cherché en étudiant la formation embryologique du larynx à nous faire une opinion sur les hypothèses possibles et leur valeur. Nous nous sommes heurté à d'extrêmes difficultés tenant, d'une part au caractère exceptionnel de l'affection, d'autre part à une difficulté matérielle.

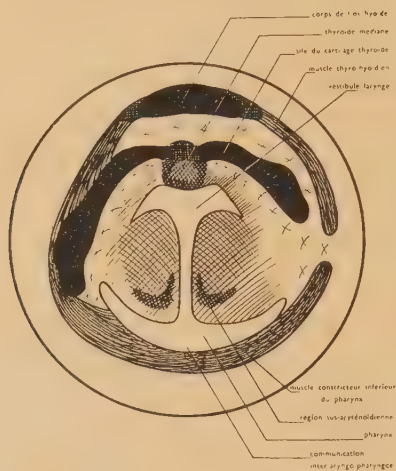
En effet nous avons pu examiner un très grand nombre de coupes appartenant à la collection de M. H. P. CHATELLIER, coupes faites en série sur des embryons de 36 à 90 mm.

Nous eûmes tout d'abord la surprise, provenant, il faut bien le dire, de notre ignorance en la matière et de l'absence de documents précis, de constater que ces coupes présentaient des aspects identiques aussi bien sur les embryons de 36 que de 45, 50 ou 90 mm.

Autre surprise, les aspects observés sont en tous points comparables à ce que l'on peut observer chez l'adulte, aux dimensions près.

Notons cependant quelques points un peu particuliers : les coupes hautes du larynx intéressant la partie supérieure des ailes thyroïdiennes intéressent plus en

avant le corps de l'os hyoïde, fait dû à la flexion céphalique observée chez l'embryon.



Embryon de 36 mm. (collection H.-P. Chatellier) schématisé.

Coupe horizontale intéressant la partie haute du larynx et montrant :

— le corps de l'os hyoïde en avant, intéressé par la coupe en raison de la flexion céphalique antérieure;

— les ailes thyroïdiennes en voie de fusionnement avec la thyroïde médiane : seul point de contact étroit des formations dérivées du cornet laryngien avec celles qui dérivent des arcs branchiaux;

— la persistance à cette partie relativement haute d'une communication pharyngo-laryngée plus étroite et plus allongée que chez l'adulte.

— les aryténoïdes (partie toute supérieure) se devinent déjà.

Mais, même sur les coupes de l'embryon de 36 mm., tout le squelette cartilagineux du larynx est déjà complet et les divers éléments de l'organe bien individualisés.

Il eût fallu pouvoir observer des coupes en série d'embryons de 3 à 14 mm. pour espérer, avec de la chance, apporter une explication : cela ne nous a pas été matériellement possible.

Les nombreux ouvrages embryologiques que nous avons pu consulter nous font penser que ce travail



Embryon de 36 mm. (collection H. P. Chatellier) schématisé. Coupe horizontale du larynx à la hauteur des aryténoïdes montrant :

— Squelette cartilagineux très bien individualisé ainsi que les éléments musculaires.

— Thyroïde médiane en voie de fusion avec les deux ailes : c'est le seul point où les formations émanant du cornet laryngien ne sont pas séparées par un tissu conjonctif lâche (plan de clivage) des formations d'origine branchiale.

— Indépendance parfaite du pharynx et du larynx.

On est frappé par l'aspect de cette coupe qui montre bien que l'évolution du larynx est déjà complète.

Nota. La coupe très légèrement oblique intéresse la corne supérieure du cartilage thyroïde gauche et passe au-dessous de celle-ci à droite.

n'a jamais été très à l'honneur car le chapitre concernant le larynx est inexistant, bref ou sibyllin!

Une heureuse exception nous a cependant été d'une très grande utilité pour étayer nos hypothèses : l'*Embryologie humaine* de Dubreuil (1941).

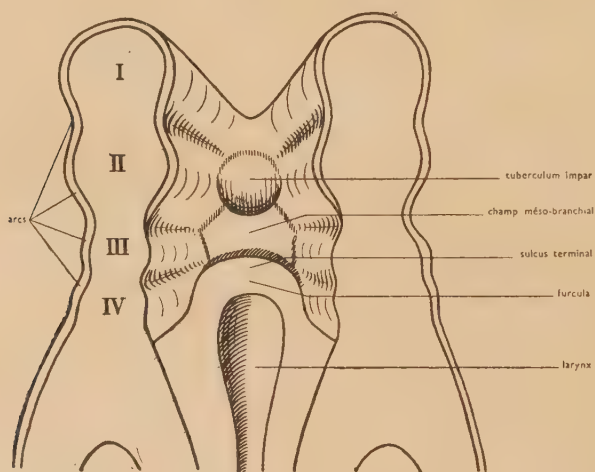
Voici, d'après cet auteur, comment se présente le

développement du larynx sur des embryons de 3 à 5 mm.

— Entre les extrémités antérieures des arcs branchiaux existe sur la paroi antérieure de l'intestin céphalique une zone dite champ mésobranchial.

— A la partie supérieure de ce champ, entre les extrémités ventrales (ou antérieures) des deux premiers arcs existe une petite saillie : le tubercule lingual ou *tuberculum impar* de His, qui donnera une partie de la région moyenne de la langue.

— A la partie inférieure de ce champ on voit une saillie transversale, la *furcula* de His qui délimite sur la paroi antérieure de l'intestin céphalique un sillon transversal au *sulcus terminalis* marquant l'orifice supérieur du larynx.

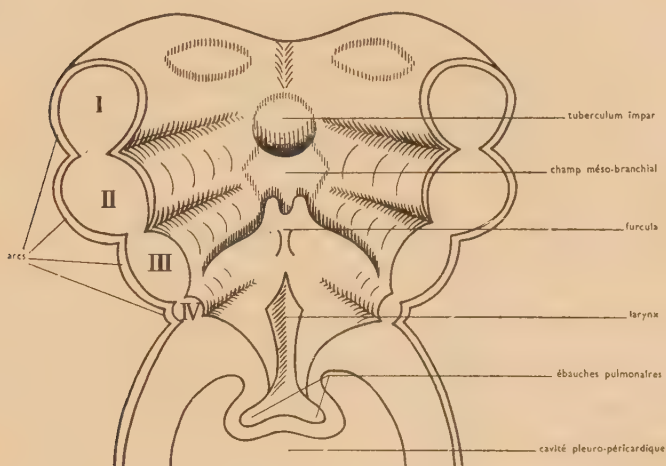


Paroi ventrale de l'intestin céphalique. Embryon de 2 mm. 15.  
La paroi dorsale a été abrasée. D'après Kollmann, in Dubreuil.)

Latéralement, la *furcula* se perd dans un sillon latéral profond que l'on considère comme la 5<sup>e</sup> fente

(ou poche) branchiale endodermique. Celle-ci ne semble pas, chez l'homme, séparée par un arc de la 4<sup>e</sup> fente ou poche dans laquelle elle paraît s'ouvrir directement.

Le champ mésobranchial diminue rapidement.



Même vue que sur le dessin précédent  
mais sur un embryon plus évolué. (D'après His in Dubreuil.)

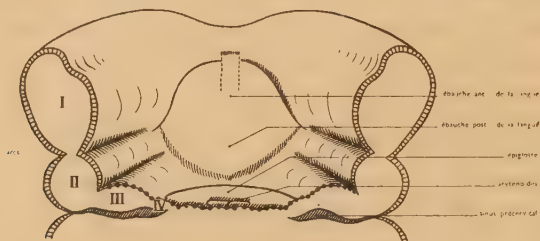
Vers le deuxième mois l'appareil branchial ectodermique, visible extérieurement, disparaît en majeure partie.

Peu à peu le 3<sup>e</sup> arc déborde latéralement le 4<sup>e</sup>, le 2<sup>e</sup> déborde le 3<sup>e</sup> et cet ensemble se tasse sur la paroi thoracique primitive en formant à droite et à gauche une fissure bordée, du côté céphalique par les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> arcs encore reconnaissables et, du côté cardiaque, par la paroi thoracique primitive.

Cette fissure est le sinus précervical de His.

Progressivement les deux berges de ce sinus s'affrontent et l'ectoderme qui les recouvrait disparaît, sauf un petit cordon épithélial qui relie la partie profonde

du sinus, transformée en vésicule close, à l'ectoderme cutané de la région du cou.



Paroi ventrale d'intestin céphalique (embryon de 12 mm. 5).  
D'après Kollmann in Dubreuil.)

Cette vésicule épithéliale qui est accolée au ganglion du pneumogastrique disparaît complètement et il ne reste plus trace extérieure des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> arcs et fentes branchiaux.

Le 3<sup>e</sup> arc ou arc hyo-thyroïdien fournit :

- les parties molles du cou dans la région moyenne;
- les grandes cornes de l'os hyoïde;
- la partie supérieure du cartilage thyroïde;
- les piliers postérieurs du voile.
- Son nerf est le glosso-pharyngien.

Le 4<sup>e</sup> arc ou arc aortique fournit :

- les parties molles du cou dans sa région basse;
- la portion inférieure du cartilage thyroïde.

Son nerf est le pneumogastrique par l'intermédiaire du laryngé supérieur.

Quant aux 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> arcs, arcs rudimentaire et pulmonaire, ils ne sont qu'ébauchés chez l'homme et seulement sur la face pharyngienne; ils sont ensevelis dans le thorax.

Telle est la genèse du squelette laryngé.

Dans cette description un élément nous intéresse plus particulièrement puisqu'il peut être à la base d'une hypothèse susceptible d'expliquer la formation d'un kyste laryngé congénital : c'est la formation puis l'isolement en cavité close du sinus précervical et sa disparition ultérieure. Ne pourrait-il se faire que, de façon anormale et pour une raison qui nous échappe, ce sinus ne disparaisse pas complètement et que le débris embryonnaire ainsi constitué évolue pour son propre compte secondairement?

Au cas où une telle éventualité se produirait à la partie toute profonde du sinus, on pourrait voir là l'origine possible d'un kyste laryngé.

Enfin un tel kyste pourrait également se concevoir comme une émanation de la face profonde des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> arcs branchiaux qu'on trouve à l'origine du cartilage thyroïde.

Le début de l'appareil respiratoire se fait par une végétation en forme de gouttière verticale de l'épithélium intestinal sur la face ventrale de l'intestin céphalique chez l'embryon de 3 mm. L'extrémité inférieure de cette gouttière donne un bourgeon qui descend en direction caudale sur l'embryon de 4 mm. : c'est la trachée primitive qui se bifurque en donnant deux bourgeons latéraux, rudiments des poumons droit et gauche.

La portion supérieure de la gouttière donnera le larynx.

La gouttière pulmonaire primitive s'est en effet refermée en arrière par une cloison qui la sépare de l'œsophage. La partie céphalique représente l'ébauche du larynx et reste ouverte dans le pharynx par une

fente qui se transforme en orifice losangique que borde en avant la furcula. Celle-ci formera avec le 4<sup>e</sup> arc l'épiglotte et les replis pharyngo-épiglottiques et glosso-épiglottiques au 3<sup>e</sup> mois.

Les parois latérales de la gouttière laryngée, dans la région supérieure, au niveau des bandes ventriculaires, se rapprochent et se soudent dans le plan médian par leur épithélium, formant ainsi une lame sagittale étendue depuis l'orifice pharyngien jusqu'à la région glottique.

Il persiste dans cette lame deux petits canaux : l'un antérieur, ou canal vestibulaire, qui va de la trachée à l'orifice supérieur du larynx, l'autre postérieur qui va de la trachée au pharynx, canal pharyngo-trachéal.

Cette lame épithéliale se désagrège ensuite et rétablit une large communication entre la glotte et le pharynx.

Les ventricules du larynx apparaissent à la fin du 2<sup>e</sup> mois comme deux bourgeons épithéliaux latéraux pleins qui se creusent plus tard d'une lumière (cavité des ventricules) ouverte dans la glotte.

Les ventricules séparent les bandes ventriculaires en haut des cordes vocales en bas.

Ici encore, ne peut-on admettre les hypothèses suivantes :

— soit la persistance et l'évolution pour son propre compte d'un fragment de la lame sagittale épithéliale que forme la jonction provisoire des bandes ventriculaires?

— soit la persistance anormale, l'isolement et l'évolution propre d'une portion des bourgeons épithéliaux

qui développés au 2<sup>e</sup> mois et se creusant plus tard, constituent l'origine des ventricules laryngés ?

Certes, ce ne sont là que des hypothèses que rien actuellement ne permet de confirmer, mais elles semblent vraisemblables au cours d'un développement aussi complexe se faisant en plusieurs étapes et comportant de multiples périodes de régression.

On peut donc admettre, si l'on élimine l'origine glandulaire d'un kyste laryngé comme celui que nous avons décrit, que l'origine se fait d'une façon très précoce, au cours même de la formation des divers éléments du larynx.

En résumé, il semble possible d'admettre qu'un tel kyste provienne au point de vue embryologique :

- soit de la face profonde de la lame chondro-thyroïdienne ou du sinus précervical de His dans sa partie toute profonde;

- soit de la muqueuse ou des éléments périphériques du tube laryngien primitif;

- soit d'une inclusion lors de la conjonction des éléments branchiaux (lames chondro-thyroïdiennes) avec le larynx primitif (extrémité supérieure du bourgeon respiratoire);

- soit enfin un isolement et une dégénérescence kystique de certains éléments épithéliaux de la région, se résorbant incomplètement de façon anormale.

## CONCLUSIONS

Outre les conclusions pratiques que nous avons essayé de tirer lors de l'étude diagnostique et thérapeutique, nous insistons sur les faits suivants :

1<sup>o</sup> Nous rapportons ici l'observation d'un nouveau cas mortel de dyspnée laryngée dont l'agent fut un kyste congénital volumineux entièrement situé dans l'espace intrachondro-thyroïdien.

Ce caractère topographique semble bien différencier ce cas de kyste laryngé congénital des cas prenant origine dans les plans cervicaux recouvrant le tractus viscéral et n'entravant que secondairement la perméabilité des voies respiratoires supérieures. Lorsque ces derniers envahissent le larynx ce n'est que secondairement, celui-ci étant à l'origine toujours respecté.

2<sup>o</sup> Cette particularité topographique exceptionnelle pose un problème pathogénique particulier du fait de l'enclavement absolu de ce kyste à l'intérieur du dièdre thyroïdien.

3<sup>o</sup> Dans l'étude pathogénique du cas étudié ici nous sommes donc amenés à formuler les hypothèses suivantes :

— Toutes les théories proposées pour élucider la constitution et l'évolution des tumeurs déjà obser-

vées et décrites peuvent être retenues à condition d'être appliquées aux éléments susceptibles d'intervenir dans le cas particulier qui nous occupe;

— Si l'on remonte à la période embryologique antérieure à la rencontre des lames thyroïdiennes avec le tube laryngien, on peut suspecter la muqueuse revêtant la périphérie de ce tube d'être à l'origine de cette tumeur;

— Ce kyste pourrait aussi émaner de la face profonde de la lame chondro-thyroïdienne;

— Enfin une inclusion lors de la conjonction des éléments branchiaux devenus lames chondro-thyroïdiennes avec le larynx primitivement isolé peut être également retenue comme origine possible.

Vu : le Président de la thèse,  
F. LEMAITRE

Vu : le Doyen,  
A. BAUDOUIN

Vu et permis d'imprimer :  
Le Doyen de la Faculté des Sciences  
chargé des fonctions de  
Recteur de l'Académie de Paris,  
PAUL MONTEL



## BIBLIOGRAPHIE

- ABRAND. — Une méthode trop peu connue et pourtant indispensable à la laryngologie chez l'enfant. (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1911, p. 411.)
- ASCHOFF (Ludwig). — *Pathologische Anatomie*, Band II, 1913.
- BELLOCQ et PERNOT. — Étude clinique et anatomo-pathologique des kystes laryngés congénitaux du nouveau-né. (*Revue française de Pédiatrie*, t. IX, n° 2, 1933.)
- BOSDEVEIX. — Contribution à l'étude des kystes branchiaux de la région latérale du cou. (Thèse Paris, 1928.)
- BOUVET. — Contribution à l'étude des tumeurs kystiques péri-alaryngées. Un cas rare : kyste branchial latéro-laryngé en bouton de chemise. (Thèse Paris, 1926.)
- BUMBA. — Zur Untersuchung des Säuglingskehlkopfes. (*Zeitschr. f. Hals-, Nasen- und Ohren Heilk.*, 1925, Bd 12, S. 337-339.)
- CANUYT. — *Les maladies du larynx*.
- CARL HART und Edmond MAYER. — *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie* (von F. Henke und O. Lubarsch, III, Band 1, Berlin, 1928.)
- CERVESATO. — Delle cyste larynge (*La Sperimentale*, 1881). Communication au congrès international de Milan.
- CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'Histologie pathologique*, t. III, 1907.
- CRUVEILHIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, 1856.
- DUBREUIL. — *Embryologie humaine*, p. 191 (1941).
- DURHAM. — Communication à la Société médico-chirurgicale de Londres, 10 nov. 1863.
- EWING JAMES. — *Neoplastic Diseases*. (Philadelphia and London, 1918.)
- FINKELSTEIN. — Säuglingskrankheiten, 1924.
- GLAS. — Ueber Larynxcysten (*Arch. für Laryng.*, Bp XIX, S. 285, 1907.)
- GAREL. — *Traité des maladies du larynx* (1904), p. 601. Soc. franç. d'O.-R.-L. (1887) : 16 nouveaux cas de kystes du larynx.
- HENKE und LUBARSCH. — *Handbuch der speziellen pathologischen Anat. und Hist.*, III, Band 1, Berlin, 1928.
- KAUFMANN. — *Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie*, Bd 1, Berlin und Leipzig, 1922.
- KOJO K. (Kubo's Clinic). — *Laryngeal cyst in the aryepiglottic region*. O.-R.-L. Part 12, vol. III, p. 1019.

- LANNELONGUE et ACHARD. — *Traité des kystes congénitaux*, Paris 1886.
- LAURENS (G.). — *Précis d'O.-R.-L.*
- LE MÉE, BLOCH, BOUCHET. — *Les hypolaryngites aiguës de l'enfance*, 1938.
- LETULLE (Maurice). — *Anatomie pathologique*, t. I, Masson, éd. 1931.
- LOUYS. — Des kystes intralaryngés et en particulier des kystes laryngés bronchiogènes. (*Revue de chirurgie*, t. II, 1899.)
- LANNOIS, LERMOYEZ, MOURE et SEBILEAU. — *Traité de pratique O.-R.-L. Larynx et trachée*, Doin, 1921 (Gorel, p. 601.)
- MOATTI. — Les fistules et les kystes congénitaux de la région latérale du cou. (Thèse Paris, 1929.)
- MOURE. — Étude sur les kystes du larynx. Paris, 1881. (*Revue hebdomadaire de laryngologie*. — *Traité du larynx*, p. 527.)
- MYERSON (Mervin C.). — Les kystes du larynx (*Archives of otolaryngology*, Chicago, sept. 1933. t. XVIII, n° 3, pp. 281-290.)
- PORAK et THEUVENY. — *Annales de gynécologie*, 1920, LVII, p. 473.
- PÜNDER (Anna). — Larynxstenose durch angeborene Kehlkopfcyste. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1918, Bd 87, S. 65.)
- RÉMY-NÉRIS (G.). — *Le tractus thyro-glosse* (Thèse Paris, 1929).
- RICARDO BOTEY. — *Monographies O.-R.-L. : Les kystes du larynx*, p. 15; — *Monographies O.-R.-L. : Les tumeurs bénignes du larynx*.
- ROTSCHILD (J.). — Zur Aetiologie des Stridor Inspiratorius congenitus. (*Arch. für Kinderheilkunde*, 1910, Bd LII.) S. 130
- SAGALS. — Les kystes du larynx. (*Revue de laryngologie*.)
- SALOMON (Walter). — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1911, n° 62, S. 49.
- SCHWARTZ. — Thèse d'agrégation, 1886.
- SCHNEIDER (P.). — Zur Genese der kongenitalen Larynxcysten. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, S. 358, 1912.)
- SCHWALBE. — *Morphologie der Missbildungen*, III B., p. 800.
- SÖMMERBRODT. — *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie* (von F. Henke und O. Lubarsch, III Band, S. 455, Berlin, 1928).
- TERRACOL. — Les kystes du larynx (*Les Annales*, 1931, p. 1141.)
- TOURNEUX. — *Précis d'embryologie*. (Doin, Paris, 1909.)
- VIRCHOW (Rudolf). — *Die krankhaften Geschwülste* (Band I, Berlin 1863).
- WORTHINGTON (R. A.— F. R. C. S.) — Laryngeal Cyst. (*Journal of Laryngology and Otology*, 1930, p. 568.)

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION.....                                                                          | 15 |
| CHAP. 1 <sup>er</sup> . — Kystes du larynx.....                                            | 17 |
| CHAP. II. — Kystes laryngés congénitaux du nouveau-né..                                    | 21 |
| CHAP. III. — Un cas de dyspnée laryngée par kyste congénital intrachondro-thyroïdien ..... | 29 |
| CHAP. IV. — Dédutions cliniques et diagnostic.....                                         | 36 |
| CHAP. V. — Laryngoscopie. Étude critique .....                                             | 41 |
| CHAP. VI. — Considérations thérapeutiques. La trachéotomie. — L'intervention directe.....  | 46 |
| CHAP. VII. — Discussion sur l'origine des kystes laryngés congénitaux .....                | 52 |
| CONCLUSIONS.....                                                                           | 66 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                                         | 68 |





